

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

année 1936

N°

THÈSE

Pour le

DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ

DE PARIS

(Diplôme d'Etat)

par

SCHONGUT Ladislas,

né le 4 février 1912, à Sighet (Roumanie).

468

**Contribution à l'étude
du
traitement du Mongolisme**

Président : M. P. LEREBoullet, Professeur.

Éditions JEL
16 Rue Ernest Cresson
PARIS
1936

année 1936

N°

THÈSE

Pour le

DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ
DE PARIS

(Diplôme d'Etat)

par

SCHONGUT Ladislas,
né le 4 février 1912, à Sighet (Roumanie).

Contribution à l'étude du traitement du Mongolisme

Président : M. P. LEREBoullet, Professeur.

Éditions JEL
16 Rue Ernest Cresson
PARIS
1936

I. — PROFESSEURS

	MM
Anatomie	ROUVIERE
Physiologie	Léon BINET
Physique médicale	STROH
Chimie médicale	DESGREZ
Bactériologie	Robert DEBRE
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT
Pathologie médicale et générale	BAUDOUIN
Pathologie chirurgicale	CHEVASSU
Anatomie pathologique	ROUSSY
Histologie	CHAMPY
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU
Thérapeutique	HARVIER
Hygiène et médecine préventive	TANON
Médecine légale	BALTHAZARD
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LAIGNEL-LAVASTINE
Pathologie expérimentale et comparée	FIESSINGER
Hydrologie thérapeutique et climatologie	Maurice VILLARET
Clinique médicale	LOEPER
—	CARNOT
—	CLERC
—	Marcel LABBE
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBOULLET
Clinique des maladies des enfants	NOBECOURT
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE
Clinique chirurgicale	CUNEO
—	GOSSET
—	GREGOIRE
—	LENORMANT
Clinique ophtalmologique	TERRIEN
Clinique urologique	MARION
Clinique d'accouchements	BRINDEAU
—	COUVELAIRE
—	JEANNIN
Clinique gynécologique	N...
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	MATHIEU
Professeurs sans chaire	HOVELACQUE
—	MOQUOT
—	MULON
—	OLIVIER
—	VERNE
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBREDANNE
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL
Clinique propédeutique	SERGENT
Clinique de la Tuberculose	BEZANÇON



II. — AGREGES EN EXERCICE

MM.

BERNARD (Etienne). Pathologie médicale.
 BERNARD (Henri) .. Pathologie médicale
 BERTRAND (Justin) Hydrologie
 BILLET Pathologie médicale
 BILLET Histologie
 BILLET Pathologie médicale
 BILLET Pathologie médicale
 BILLET Physiologie
 BILLET Urologie
 BILLET Parasitologie
 BILLET Bactériologie
 BILLET D'ALLAINES. Pathologie chirurgicale.
 BILLET Physiologie
 BILLET Histologie
 BILLET Pathologie médicale
 BILLET Oto-rhino-laryngologie
 BILLET Pharmacologie
 BILLET Anatomie pathologique
 BILLET Hygiène
 BILLET (Henri) Chimie biologique
 BILLET Obstétrique

MM.

LANTUEJOL Obstétrique
 LAROCHE (Guy) .. Pathologie médicale
 LEMAIRE..... Pathologie expérimentale
 LEVEUF Pathologie chirurgicale
 Mlle J. LEVY Pharmacologie
 LEVY-VALENSI. Neurologie et Psychiatrie.
 MOREAU Pathologie médicale
 MOULONGUET. Pathologie chirurgicale
 MOUQUIN Pathologie médicale
 OBERLING Anatomie pathologique
 PETIT-DUTAILLIS. Pathologie chirurgicale.
 PIEDELIEVRE Médecine légale
 PORTES Obstétrique
 RICHET Physiologie
 SANNIE Chimie biologique
 SENEQUE Pathologie chirurgicale
 TROISIER Pathologie expérimentale
 TURPIN Pathologie médicale
 VIGNES Obstétrique
 WILMOTH Pathologie chirurgicale

III. — AGREGES RAPPELES A L'EXERCICE pour le service des examens

MM.

GLAVE Pathologie chirurgicale
 SQUET Pharmacologie
 MAILLEY-BERT Physiologie

MM.

LEROUX Anatomie pathologique
 NEVEU-LEMAIRE Parasitologie

IV. — AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE à titre permanent

MM.		MM.	
Clinique médicale...	ABRAMI.	Clinique médicale...	BROCC.
— ...	ALAJOUANINE.	— ...	CADENA
— ...	AUBERTIN.	— ...	GATELL
— ...	BRULE.	— ...	HEITZ-B
— ...	CHABROL.	— ...	MOURE
— ...	CHIRAY.	— ...	QUENU
— ...	DONZELOT.	— ...	SCHWA
— ...	DUVOIR.	— ...	VELTER
— ...	LIAN.	— ...	MM.
— ...	PASTEUR - VAL-	Clinique obstétricale...	ECALLE
— ...	LERY-RADOT.	— ...	GUENIOT
— ...	SEZARY.	— ...	LE LOBI
		— ...	LEVY-SC
		— ...	METZGE

V. — CHARGES DE COURS

M.	
CHAILLEY-BERT, agrégé	Education physique
LEDOUX-LEBARD	Radiologie clinique
WEIL-HALLE	Puériculture

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A la mémoire de mon PERE.

A ma MERE.

A mon ONCLE :

Le Docteur E. SCHONGUT,
Médecin-Chef des Hôpitaux de Budapest.

A mon BEAU-FRERE :

Le Docteur A. GROSSMANN.

A notre MAITRE et PRESIDENT DE THESE :

Monsieur le Professeur LEREBoullet,
Professeur d'Hygiène et de Clinique
de la Première Enfance,
Médecin de l'Hospice des Enfants Assistés,
Membre de l'Académie de Médecine,
Officier de la Légion d'Honneur.

Qui nous a inspiré le sujet de ce travail.

*Qui a bien voulu nous agréer dans son service, où
nous suivons avec le plus grand profit son admi-
rable enseignement.*

*En témoignage de notre profonde gratitude pour
l'honneur qu'il nous fait en présidant cette thèse.*

A Monsieur le Docteur R. JOSEPH,
Chef de Clinique à la Faculté de Médecine.

*Qui nous a guidé dans notre travail avec la plus
grande bienveillance.*

*Nous le prions de trouver ici l'expression de notre
vive gratitude.*

« ...Beaucoup de médecins n'ont qu'une connaissance imparfaite des maladies chroniques du système nerveux chez les enfants. D'où leurs hésitations de bonne foi sur ce qu'il y a à faire pour cette catégorie de malades pourtant si nombreuse.

« Nous avons essayé de combler cette lacune en montrant les améliorations réalisées chez les microcéphales. D'où encore cette nouvelle communication destinée à montrer par des faits que chez les enfants même les plus malades il est possible d'obtenir une amélioration sérieuse. A plus forte raison chez les enfants imbéciles ou simplement arriérés. »

M. BOURNEVILLE,

*(Congrès des Médecins Aliénistes
et Neurologistes, Limoges 1901.)*

INTRODUCTION

Quand on étudie la littérature médicale concernant le mongolisme on est frappé par le contraste qui existe entre les nombreux travaux concernant l'étude clinique, anatomopathologique et surtout étiologique de la question et le peu d'intérêt qu'ont témoigné les auteurs pour le traitement de ces malheureux enfants.

Nous nous proposons de passer en revue les principales tentatives de traitement opposées au mongolisme par les divers auteurs qui se sont occupés de la question.

Nous exposerons ensuite le traitement dirigé contre les divers symptômes présentés par les petits mongoliens et susceptibles d'être modifiés. En effet tandis que les divers auteurs partis de conceptions étiologiques différentes ne traitent que quelques symptômes présentés par ces enfants (l'hypothyriodie en particulier), d'autres considérant le mongolisme comme étant d'origine syphilitique n'opposent à cette malformation qu'un traitement essentiellement antispécifique.

M. le Professeur Lereboullet, par contre, fait appliquer systématiquement un traitement complexe dont le but est de remédier simultanément aux différents symptômes présentés par ces enfants qui sont susceptibles d'être améliorés.

Sans vouloir reprendre en entier l'étude clinique du mongolisme, nous passerons en revue les principaux

symptômes susceptibles d'être modifiés par le traitement, puis nous exposerons en détail les modalités de cette thérapeutique.

Enfin — grâce à l'extrême obligeance de notre Maître, M. le professeur Lereboullet — nous rapporterons un certain nombre d'observations d'enfants suivis ces dernières années à la Clinique de la Première Enfance à l'Hospice des Enfants Assistés, et considérablement améliorés par ce traitement.

CONCEPTION ACTUELLE DU MONGOLISME

Le mongolisme est un syndrome qui est caractérisé par un facies asiatique — avec retard relatif du développement physique, état trapu des membres — surtout de l'extrémité digitale — associé à un état d'hypotonie marquée. A ces signes s'ajoute un retard du développement intellectuel, qui constitue le deuxième élément essentiel du syndrome.

Il est sous la dépendance d'une agénésie cérébrale, assez souvent associée à des troubles endocriniens et notamment thyroïdiens.

Les causes du mongolisme ont été très discutées, en particulier le rôle de la syphilis sur lequel ont insisté MM. Babonneix et ses élèves Pollet et Dop. Elle n'intervient, d'ailleurs, d'après M. Babonneix, que dans 10 % des cas environ.

Pour d'autres auteurs, au contraire, et notamment pour M. le professeur Lereboullet, le rôle de la syphilis est loin d'être constant et il n'a pu l'établir que dans un nombre très restreint de cas.

Comme écrit son élève Laguzet (Thèse de Paris 1932) ce rôle « peut être diversement interprété, mais il ne semble pas que les lésions encéphalo-méningées dues à la syphilis et constatées exceptionnellement dans certains cas puissent être retenues à l'origine même du mongolisme ».

On peut même conclure avec M. le professeur Lere-

boulet que l'agénésie cérébrale et le mongolisme qui en est la conséquence résulte « d'une altération du germe (ovule ou spermatozoïde) précédant la fécondation et liée à une série de causes : maladies des ascendants et notamment syphilis, fatigue nerveuse, émotions répétées et marquées, âge des générateurs, etc. Cette altération semble d'ailleurs accidentelle et sans retentissement sur les autres grossesses. Elle peut même lors de grossesse bivitelline, ne toucher que l'un des germes, l'autre permettant le développement régulier du second enfant. »

En résumé, il s'agit donc essentiellement d'une imperfection du germe entraînant une malformation définitive. Cette notion explique la difficulté du traitement et le caractère souvent partiel des améliorations obtenues.

RAPPEL DES PRINCIPAUX TRAITEMENTS

INSTITUES JUSQU'ALORS

Deux grands groupes de traitements ont été jusqu'alors opposés au mongolisme. D'une part l'opothérapie, d'autre part le traitement anti-syphilitique.

C'est Bourneville qui a le premier employé le traitement par l'extrait thyroïdien en montrant qu'il pouvait exercer une action heureuse sur certains symptômes, notamment l'obésité et la constipation.

Il a publié avec Royer l'observation d'un mongolien dont la croissance a été très favorablement influencée par l'opothérapie thyroïdienne. L'enfant grandit en trois ans de dix centimètres; le traitement suspendu la croissance s'est de nouveau arrêtée.

A côté de l'extrait thyroïdien, d'autres traitements opothératiques ont été préconisés. C'est ainsi que l'extrait surrénal a été administré par MM. Apert, Babonneix, Unglot et Zandert. Berkely a essayé l'extrait de glandes pinéales. Timme préconise pour la première fois l'extrait hypophysaire par l'injection de glandes intégrales associées à l'injection sous-cutanée d'extraits de lobes antérieurs. L'extrait thymique est administré par Barnes.

Dans un deuxième groupe de faits on a préconisé le traitement anti-syphilitique soit en s'adressant au médicament arsenical (sulfarsénol) soit à la médication mercurielle.

Dans un autre ordre d'idées un autre traitement a été tenté ces dernières années à l'étranger.

W. von Wieser, de Vienne, a irradié dans un but thérapeutique le cerveau des idiots. Il croit avoir obtenu les meilleurs résultats chez les mongoliens.

La première étude de l'auteur porte sur 46 cas avec une durée d'observation variant de 8 mois à 3 ans, sur des enfants âgés de 6 à 18 ans. Quelques symptômes, en particulier le retard de la croissance, auraient été favorablement influencés.

D'autres auteurs, par contre, Mader et Bingerheimer, Birke, etc., réexaminant les malades de von Wieser et après l'étude de leurs propres malades, ne trouvent aucune différence entre les mongoliens soumis à la radiothérapie et les mongoliens non traités.

Tels sont les principaux traitements appliqués au mongolisme. Les résultats, de l'aveu même des auteurs, semblent avoir été dans l'ensemble défavorables. L'opothérapie thyroïdienne s'est montrée souvent inactive, et M. Comby l'accuse même d'exciter parfois ces enfants et de leur ôter tout sommeil.

De même le traitement antisiphilitique ne semble avoir donné que des résultats variables et douteux, ce qui ne saurait surprendre, étant donné que la syphilis n'est que rarement en cause.

La radiothérapie semble n'avoir donné que des résultats inconstants. Hamburger, de Vienne, la déconseille comme absolument inefficace. La radiothérapie n'est

plus employée actuellement dans le traitement du mongolisme comme n'ayant pas donné des résultats appréciables.

On voit donc que ces différents traitements n'ont donné que des résultats incomplets.

D'ailleurs, dans les traités classiques de pédiatrie, le chapitre du traitement reste souvent des plus limités.

Dans le traité de Médecine des Enfants (tome IV), MM. Heuyer et Gilbert Robin considèrent que le traitement du mongolisme par l'extrait thyroïdien donne des résultats incertains et conseillent même, en l'absence de l'hérédosyphilis, le traitement arsénical.

M. Marfan (Clinique des Maladies de la Première Enfance, 1928) prescrit des cures mercurielles intermittentes, cures de dix jours qu'il répète d'abord tous les trois mois, puis tous les six mois, ensuite une fois par an jusqu'à l'âge de 5-6 ans. Il associe d'ailleurs à ce traitement l'opothérapie thyroïdienne.

Le Traité de Médecine Infantile (Weill et Mouriquaud) recommande l'opothérapie polyglandulaire et le traitement spécifique.

M. Babonneix, dans le Précis de Thérapeutique Infantile, et Vogt, dans l'Encyclopédie Médico-Chirurgicale, concluent dans le même sens.

A l'étranger les traités classiques sont du même avis.

Pfaundler (in Feer : Kinderheilkunde) considère les améliorations obtenues par le traitement opothérapique comme minimales, les enfants restant réfractaires à tout traitement médico-pédagogique.

Hamburger (in Kinderheilkunde, Wien 1932) con-

sidère le traitement comme ne pouvant donner aucun espoir.

L. Parsons et S. Barling (Diseases et Infancy and childhood) recommandent un traitement polyglandulaire.

Les thèses des dernières années sur le mongolisme, cependant nombreuses, sont encore plus pessimistes en ce qui concerne le traitement.

J. Dop (1924) considère le mongolisme comme « presque incurable ».

Segreesta (1931) écrit : « Ce chapitre sera bref, car il n'y a pas de traitement du mongolisme. Cette affection si mystérieuse dans ses origines échappe à une thérapeutique efficace et on peut se demander comment un traitement peut agir sur un état d'agénésie. »

H. Bentin (Toulouse 1934-35) va encore plus loin. Il considère l'absence d'un traitement adéquat comme un argument contre l'autonomie même de l'affection qu'il considère — d'après Sendrail — comme un « agrégat assez hétérogène d'état de dégénération psychosomatique, hypo ou hyperfonctionnement glandulaire dont l'unique élément est constitué par le facies asiatique. »

Spühler (Th. de Zurich, 1932) trouve des difficultés pour déceler les mongoliens atteignant l'âge de la deuxième enfance, car, après avoir été fixées sur leur sort, beaucoup de mères ne les montrent plus, et ce n'est

qu'à l'occasion de maladies intercurrentes qu'on les découvre. Il n'obtient aucun effet du traitement thyroïdien, le seul employé.

Nous voyons donc en général qu'on se contente de prescrire à ces enfants quelques séries d'extrait thyroïdien ou hypophysaire et un traitement antisiphilitique.

Le mongolisme est considéré actuellement dans la littérature médicale comme une maladie pratiquement incurable.

ETUDE DE QUELQUES SYMPTOMES
SUSCEPTIBLES D'ETRE AMELIORES
PAR LE TRAITEMENT

Il s'en faut cependant que tout traitement doive être négligé dans le mongolisme.

M. le Professeur Lereboullet, dans de nombreux articles aussi bien qu'à sa consultation aux Enfants Assistés, où la clientèle des mongoliens est nombreuse, s'est attaché à mettre en évidence un certain nombre de troubles que l'on peut considérer comme les effets du mongolisme et dont l'intérêt est de pouvoir être modifiés par le traitement.

A ce sujet, nous nous permettons de citer un extrait de l'une de ses conférences sur le « Traitement du Mongolisme ».

« 1° Tous ces enfants sont retardés dans leur croissance, leur poids et leur taille sont très inférieurs à la

normale, et il existe parfois des troubles marqués de l'ossification;

« 2° Il est fréquent de trouver quelques manifestations endocriniennes dont il ne faudra pas d'ailleurs faire la cause du mongolisme, mais qui vont seulement de pair avec lui.

« On trouve en particulier avec une certaine fréquence des signes d'hypothyroïdie, mais ceux-ci sont toujours frustes et peu nombreux : la différence est grande entre le mongolien et le myxœdémateux.

« On a pu même, en certains cas, et surtout en présence d'enfants très retardés dans leur développement et parfois cryptorchides, incriminer une involution trop précoce et trop accusée du thymus. Cette hypothèse se trouve renforcée par la constatation d'une agénésie thymique à l'autopsie d'un certain nombre d'arriérés et d'idiots;

« 3° Ce sont des enfants hypernerveux, instables, remuants, insouciant du danger, ne pouvant se livrer de façon suivie à aucune occupation. Cet état nerveux nécessite avant tout une médication calmante et rend souvent très difficile l'administration de l'hopothérapie thyroïdienne sans cette médication calmante;

« 4° Enfin, on retrouve parfois, soit par l'interrogatoire et la recherche des antécédents, soit par l'examen du malade, des signes d'hérédosyphilis. Il ne faudrait cependant pas exagérer l'importance de ce facteur (qui

joue, pour certains auteurs, le rôle de premier plan dans l'étiologie), puisque notre élève Laguzet n'a pu le mettre en évidence de façon indiscutable que dans deux cas sur les trente qu'il a étudiés (Thèse de Paris, 1932). »

Il y a dans ces divers points les éléments d'une thérapeutique régulière à instituer.

LE TRAITEMENT DU MONGOLISME

Le traitement du mongolisme pour être complet doit répondre à de nombreuses indications. En effet, si nous envisageons les différentes thérapeutiques jusqu'alors appliquées, nous constatons qu'elles ne constituent que des tentatives en quelque sorte partielles. C'est tout au plus si l'on insiste sur la nécessité d'associer l'opothérapie au traitement antisyphilitique.

En réalité, comme l'a bien montré M. le Professeur Lereboullet, le traitement du mongolisme doit être une œuvre complexe qui cherche à remédier **simultanément** « aux différents troubles essentiels du mongolisme ». De plus, « c'est une œuvre de longue haleine si l'on veut en tirer tous les résultats que l'on est en droit d'espérer. Le mongolisme ne doit pas, en effet, être considéré comme une maladie totalement incurable, et l'amélioration qui se dessine souvent au cours de l'évolution est bien plus rapide et surtout plus marquée si l'on institue une thérapeutique appropriée. »

Comme nous l'avons vu, quatre indications principales doivent être observées. Il faut, en effet, remédier simultanément aux troubles suivants :

1° Le retard dans la croissance et le développement;

2° La déficience endocrinienne;

3° L'hypernervosité de ces enfants;

4° Le rôle éventuel de la syphilis.

Pour améliorer la croissance et le développement, trois ordres de médicaments sont à conseiller : les vitamines, le phosphore et l'iode.

1° Il existe dans le commerce un grand nombre de bonnes préparations de vitamines facilement acceptées par les enfants. Quelques-unes comportent surtout le facteur D; d'autres, préférables, associent les vitamines A, B et D. La vitamine C est fournie par le jus de citron et d'autres jus de fruits, aliments qui doivent prendre une place importante dans l'alimentation mongolienne;

2° On administrera du **phosphore**, soit sous forme de solution d'acide phosphorique officinal ou sous forme de préparation spécialisée.

Une formule fréquemment employée dans le service de M. Lereboullet est la suivante :

Acide phosphorique officinal	10 grammes
Phosphate acide de soude	20 grammes
Eau distillée, q.s.p.	240 c.c.

Une à deux cuillerées à café deux fois par jour dans un peu d'eau sucrée.

3° On administrera de l'**iode** soit sous forme de

sirop iodotannique, soit sous forme de préparations spécialisées, de préférence celles qui associent l'iode au calcium.

En second lieu, il faut remédier aux diverses **déficiences endocriniennes**.

M. le Professeur Lereboullet emploie le plus souvent l'opothérapie thyroïdienne et thymique. Mais après indication spéciale fournie par la clinique on peut associer (ou substituer périodiquement) d'autres préparations endocrines : ovaires, testicules, surrénales, hypophyse.

L'administration de l'**extrait thyroïdien** chez le mongolien doit obéir à quelques règles.

Il faut débiter par des doses infinitésimales et ne les augmenter que petit à petit.

Il faut surveiller attentivement l'enfant, prendre régulièrement son poids et son pouls.

Il faut interrompre fréquemment le traitement.

Enfin il faut tout particulièrement guetter les pénibles incidents, soit nerveux, se manifestant par l'accélération du pouls, palpitations, nervosisme, insomnies, bouffées de chaleur, sueurs, tremblements, soit digestifs : diarrhées; soit cutanés : éruptions, divers prurits; rénaux : albuminurie; généraux : amaigrissement.

L'extrait thyroïdien sera beaucoup plus facilement supporté en associant au traitement une médication calmante.

En général, la dose de un centigramme d'extrait thyroïdien matin et soir ne sera pas dépassée. On ne dépassera en pratique jamais quatre centigrammes par jour.

L'**opothérapie thymique** sera administrée par des

doses quotidiennes de un gramme de poudre de thymus d'animal jeune répartie en deux prises égales.

Le plus souvent l'administration par voie buccale de l'opothérapie thymique est suffisante; dans le cas contraire, on peut recourir aux préparations d'extraits thymiques injectables.

On peut intercaler de différentes façons l'opothérapie thymique et thyroïdienne : soit de les administrer par périodes de 10 jours, laissant l'enfant au repos les 10 derniers jours du mois; soit d'administrer l'extrait thyroïdien les trois premiers jours de la semaine et le remplacer les jours suivants par des préparations de thymus.

En troisième lieu, pour calmer l'**hyperexcitabilité nerveuse** de l'enfant, on donnera sans interruption le matin au réveil et le soir au coucher du gardénal. Cette médication agissante et inoffensive calmera ces enfants et permettra en outre l'administration régulière du corps thyroïde.

En général, on ne dépassera pas un centigramme à chaque prise; ce n'est qu'exceptionnellement, chez les enfants particulièrement nerveux, qu'on donnera deux centigrammes le soir au coucher.

Dans le même but et pour aider en même temps l'ossification de l'enfant, on donnera du calcium, soit simplement sous forme de chlorure de calcium, soit en associant le bromure et le chlorure de calcium.

Quant au traitement antisyphilitique, son intensité est variable. Si l'hérédosyphilis est prouvée, on doit faire dans l'année « trois séries d'injections sous-cutanées de Sulfarsénol, intercalées à trois séries de frictions mercurielles. »

Dans le cas où l'hérédosyphilis n'a pas pu être re-

trouvée, il est inutile d'administrer un traitement aussi intensif; on peut se contenter de l'emploi de médicaments qui seront pris par voie buccale. On donnera ces médicaments soit à la fin du repas, soit dans l'intervalle restant libre entre l'opothérapie thyroïdienne et l'opothérapie thymique.

Chez l'enfant, les préparations les plus facilement maniables sont le sirop de Gibert et ses succédanés qu'on prescrira à des doses variables selon l'âge de l'enfant, les nombreuses spécialités arsénicales du commerce et finalement le stovarsol fréquemment employés dans le service à la dose quotidienne de 5-10-15 centigrammes selon l'âge de l'enfant pendant dix jours par mois.

L'administration de ces médicaments sera forcément complexe et difficile à régler avec précisions. On devra en particulier, selon le conseil de M. le Professeur Lereboullet : « intercaler les cures de façon **permanente** et donner plusieurs médications alternées dans le courant d'une même journée. Il est pour cela commode de diviser le mois en trois périodes de dix jours, auxquelles correspondront des traitements différents ».

Une collaboration étroite entre les parents et le médecin est nécessaire pour obtenir de bons résultats. Il faut faire comprendre à la mère que l'enfant doit être systématiquement traité, qu'il doit régulièrement suivre les prescriptions.

Une hygiène rigoureuse, la vie au grand air, une étroite surveillance de l'enfant, sont des adjuvants précieux de la thérapeutique d'un petit être fragile, très sensible à toute maladie, particulièrement à celles de l'appareil respiratoire.

A titre d'exemple, nous nous permettons de repro-

duire le schéma de l'ordonnance telle qu'elle est souvent formulée par notre Maître, M. le Professeur Lereboullet, à la consultation de l'Hospice des Enfants Assistés :

1° Donner à l'enfant le matin au réveil et le soir au coucher un comprimé de

Gardénal de un centigramme;

2° Donner à l'enfant pendant dix jours, au début du repas du midi et du soir :

Dix gouttes d'une préparation de vitamines;

3° Donner à l'enfant pendant ces mêmes dix jours en dehors des repas, deux fois par jour, un comprimé de :

Extrait thyroïdien de un centigramme;

4° Les dix jours suivants, donner au début des deux principaux repas une cuillerée à café dans un peu d'eau sucrée de la potion suivante :

Acide phosphorique off.	10 gr.
Phosphate acide de soude	20 gr.
Eau distillée q.s.p.	240 c.c.

5° Donner à l'enfant pendant ces mêmes dix jours, en dehors des repas et deux fois par jour, un comprimé de

Thymus;

6° Pendant les dix derniers jours du mois, donner à l'enfant, au début des principaux repas, une demi-cuillerée à café de

Sirop iodotannique phosphaté;

7° Donner à l'enfant à la fin des deux principaux repas, en alternant un mois sur deux : une préparation arsénicale, une préparation à base d'iode et calcium, ou une préparation du type sirop de Gibert.

A cette thérapeutique, il est de haut intérêt d'associer précocement un traitement **médico-pédagogique**. C'est ici en particulier que la collaboration du médecin et de l'éducateur, ainsi que celle des parents, est indispensable.

Les parents instruits par le médecin doivent, avec un peu d'application, apprendre à ces enfants à parler, à se servir de leurs mains, à exécuter quelques mouvements rythmiques. Mais dès qu'ils auront dépassé les premières années et seront donc moins sensibles aux maladies infectieuses, ils devront fréquenter des maisons d'éducation spéciale, où des instituteurs spécialisés d'une part, des personnes initiées à la rééducation d'autre part complèteront leur éducation.

L'éducation des mongoliens, comme celle de tous les anormaux, doit obéir à deux principes absolus :

1° Toute action pédagogique ne peut donner un rendement sérieux que si elle est commencée précocement;

2° L'adaptabilité individuelle est en raison inverse du degré d'évolution pubertaire.

Mais en outre ces enfants présentent un psychisme particulier que l'éducateur doit bien connaître. En effet, dans les arriérations simples, leur état intellectuel est global, se portant à la fois dans une mesure à peu près équivalente sur l'intelligence, l'affectivité et l'adaptation à l'effort d'acquisition. L'enfant se présente dans l'ensemble comme ayant l'aspect psychique d'un enfant plus jeune.

Le petit mongolien se distingue par une faculté d'imitation et d'acquisition d'automatisme très précis qui facilite une adaptation quasi normale au milieu familial et fait illusion à son entourage sur ses facultés purement intellectuelles (tel que l'association des idées, représentation mentale volontaire, déduction).

Le niveau mental de ces enfants est également relevé par automatisme acquis.

Il est assez fréquent de rencontrer un enfant donnant aux tests Binet-Simon un niveau intellectuel dépassant 6 ans, mais n'ayant pas encore acquis l'emploi du pronom personnel « je » et continuant à se désigner par son nom à la troisième personne.

Cette discordance est caractéristique dans le mongolisme. Chez un enfant ayant neuf ans on constate (Mlle Marie Achard*) :

*Qu'il nous soit permis à cette occasion de remercier Mlle Marie Achard, dont la collaboration particulièrement compétente nous a été très précieuse.

1° Une adaptation à la vie familiale normale;

2° Une affectivité paraissant également être semblable à celle d'un enfant normal du même âge; elle est pourtant voilée par la puérilité des moyens d'expression de l'enfant;

3° Des acquisitions qui le situent avec un retard d'environ trois ans (écriture, dessin);

4° Une capacité d'attention et d'application au travail (après entraînement) d'un enfant normal du même âge (9 ans).

Par contre, pour le langage, on trouve un niveau correspondant à deux ou trois ans, notamment emploi presque constant de l'infinitif, redoublement de syllabes, omission de l'emploi du pronom « je », déformation des mots comprenant plus de trois éléments phonétiques, l'image mentale ne pouvant être reconnue correctement que dans la limite de un à trois éléments.

De même pour le calcul, l'enfant se fait une représentation juste du chiffre trois, il n'a presque jamais besoin de dénombrer trois objets pour les connaître, mais doit toujours le faire à partir de quatre, les comptant en les identifiant : un, deux, trois, quatre.

Par un entraînement suivi, et très lentement, on peut arriver à faire retenir à des mongoliens des images mentales constituées par cinq éléments, mais ce nombre ne semble pas pouvoir être généralement dépassé.

Cette facilité même, déjà mentionnée, qu'ont les mongoliens d'acquérir des automatismes quasi parfaits, crée des difficultés particulières dans leur rééducation.

Les premières acquisitions ont toujours tendance à se fixer sans aucune activité mentale. Pour éviter une apparence de connaissance ne se reliant à rien dans l'esprit de l'enfant, il faut sans cesse varier les exercices, répétant en réalité le même sous une forme sans cesse différente. Ceci est essentiel pour parvenir à lui faire acquérir le sens exact des mots et leur concordance avec les actes, lieux, espaces, couleurs, formes.

L'éducateur doit en outre tenir compte de la sensibilité particulière de ces enfants aux reproches, aux observations et injonctions pouvant déclencher des états d'inhibitions tels, qu'ils peuvent simuler des troubles aphasiques.

De même, en ce qui concerne le langage, il ne faut pas exiger de l'enfant une précision trop absolue, de crainte de déclencher un bégaiement.

Ces automatismes qui créent des difficultés dans la rééducation de ces enfants leur sont très précieux pour leur initiation à la vie familiale, ménagère, qui, malheureusement, sera la seule réellement à leur portée (petits travaux de ménage, triages, rangement, etc.).

Mais un travail exigeant de l'initiative personnelle ne sera jamais accompli par eux sans une étroite surveillance.

La débilité motrice peut être améliorée par des exercices patients, mais jamais au point de permettre un travail demandant une dextérité manuelle.

Le travail d'ordre intellectuel, la lecture courante, l'écriture, les additions simples, semblent devoir être à la limite d'une ambition raisonnable et ne pourront être réalisés de façon stable qu'en plusieurs années.

Même la musique, à laquelle ils semblent cependant

sensibles, ne pourra être pratiquée par eux que de façon rudimentaire. En effet, la connaissance des notes et l'intonation sont déjà pour eux une grosse difficulté. Déterminer la valeur des temps dans la mesure est très au-dessus de leurs possibilités.

Un mongolien traité systématiquement et rééduqué pourra vivre dans sa famille sans être une gêne; il pourra même se rendre utile, mais son manque d'initiative s'opposera toujours à ce qu'il puisse faire chez des étrangers un travail rémunéré.

OBSERVATIONS

C... Françoise, née le 28 décembre 1930.

Antécédents héréditaires et collatéraux :

Mère bien portante, pas de fausse couche. Père âgé de 42 ans, architecte, d'un tempérament inquiet, tourmenté, sujet à des crises de dépressions psychiques depuis la mort d'un premier enfant.

Ce premier enfant serait mort à trois ans de méningite cérébro-spinale, au cours de laquelle des examens complets du liquide céphalo-rachidien n'ont révélé aucune réaction spécifique.

BW toujours négatif.

Antécédents personnels :

Deuxième enfant né à terme pesant 3 kg. 050; a refusé le sein et a été nourri entièrement à l'allaitement artificiel. Otite à un mois. Au dire de la mère, coryza à la naissance ayant duré un mois.

Premier examen le 28 mai 1931. Enfant âgée de

5 mois pesant 5 kg. 825. L'enfant présente un facies lunaire; les fentes oculaires inclinées en bas et en dedans, épicanthus, la racine du nez aplatie, la langue hors de la bouche.

Grosse masse adipeuse au niveau de la nuque et des épaules. L'enfant est instable et agité. Elle tient sa tête droite, mais ne se tient pas assise.

Les membres ont un aspect « boudiné », les mains élargies. Le foie est un peu gros, la rate est très légèrement perceptible. Le cœur est normal. Rien aux poumons.

Gros ventre étalé, écartement des droits, pas de craniotabès, large chapelet costal.

Au point de vue psychique, l'enfant n'est pas « comme les autres »; elle ne s'intéresse pas aux personnes et aux objets; elle pleure peu.

BW et Hecht chez les parents et enfant négatifs.

L'enfant reçoit des cures répétées de frictions mercurielles, vitamines, iode et calcium, thyroïde, thymus.

Elle est revue le 26 janvier 1932.

A ce moment, grosse amélioration; âgée de 13 mois, l'enfant pèse 8 kg. 600, commence à se tenir debout,

mais ne marche pas encore. Elle ne parle pas, mais reconnaît les personnes de son entourage et les objets usuels.

L'enfant n'est plus agitée; l'hypotonie est moins importante.

Cependant les traits du facies ne sont pas modifiés. Bordet-Wassermann négatifs de nouveau chez la mère et l'enfant. On continue le même traitement.

A l'âge de deux ans, Françoise pèse 10 kg. 700; elle a huit dents, commence à marcher, est beaucoup moins agitée, comprend tout ce qu'on lui dit.

Aucun signe d'hypothyroïdie, la peau n'est pas sèche, elle est très souple.

Pas d'anémie.

L'amélioration se poursuit. L'enfant est suivie régulièrement; elle est soumise au même traitement.

On alterne un mois sur deux le sirop arséno-mercuriel et l'iode et le calcium. Elle prend en même temps par périodes alternées de dix jours des vitamines, glycéro-phosphates, de l'extrait thyroïdien et du thymus. Elle reçoit en plus régulièrement du Gardénal.

L'état psychique et physique continue à s'améliorer.

A l'âge de 4 ans et demi, elle pèse 15 kg. 500;

taille : 94 cms, marche en traînant un peu les pieds; parle un peu, répète les mots qu'on lui dit, a tendance à imiter ce qui se fait autour d'elle. A très bon caractère, mais pleure de temps en temps. Connaît le danger (fenêtre, poêle, etc.). Est très sensible aux réprimandes.

A l'âge de 5 ans : 16 kgs.

On constate une amélioration progressive de l'état général et intellectuel. L'enfant, espiègle et remuante, commence à faire quelques phrases.

Suit actuellement un traitement à base de thymus, thyroïde, iode, phytine, sirop arséno-mercuriel, adrénaline.

Revue pour la dernière fois le 25 avril 1936 à l'âge de 5 ans et demi, elle a grandi de 3 cms en cinq mois. Actuellement, elle a 99 cms. Pèse 16 kg. 500.

L'amélioration, aux dires de la mère, se poursuit; l'enfant parle mieux, articule mieux, s'intéresse beaucoup à son entourage, joue, est très affectueuse.

Elle a un excellent état général. Elle n'a cependant toujours que seize dents, pas d'incisives inférieures. Le strabisme, par contre, diminuerait.

L'enfant part en vacances à la mer. A son retour on

s'occupera d'elle du point de vue psycho-pédagogique.

En résumé, il s'agit d'une enfant suivie régulièrement, considérablement améliorée par le traitement, et qui fera certainement des grands progrès à l'avenir.

Pierre M..., né le 31 janvier 1923.

Est amené à la consultation pour la première fois le 31 mai 1924.

Antécédents héréditaires :

Père, âgé de 30 ans, bien portant.

Mère, 34 ans, actuellement bien portante, apparemment émotive, a fait une fausse-couche de deux mois.

Ils n'ont pas d'antécédents pathologiques à relater, pas de tares héréditaires ni acquises. On ne retrouve pas de stigmates d'alcoolisme.

BW et Hecht sont négatifs chez les parents.

Antécédents personnels :

Pierre est né trois semaines avant terme.

Accouchement normal. Poids à la naissance : 3 kgs.

Ictère pendant la première semaine après la naissance, qui dure huit jours.

Première dent à neuf mois.

Examen pratiqué le 31 mai 1924.

L'enfant pèse 10 kg. 970, présente la morphologie d'un mongolien typique.

Enfant pâle, bouffi, brachycéphalie, grosse langue hors de la bouche, épicanthus. La base du nez est élargie, la lèvre inférieure éversée, la bouche entr'ouverte.

Léger chapelet costal.

Strabisme convergent. L'enfant se tient debout, mais ne marche pas. Il a trois dents mal placées.

Petite hernie ombilicale. Les testicules sont en ectopies des deux côtés. Enurésie.

Il est mis aussitôt au traitement par :

L'extrait thyroïdien : 5 milligr. pendant dix jours;

La poudre grise;

L'adrénaline.

Le 2 octobre 1924 :

L'enfant pèse 11 kg. 600. Hypotonie musculaire moins accentuée. Ecartement de la ligne blanche. Onze dents.

L'enfant est agité; il prononce cependant quelques mots. Psychisme certainement en voie d'amélioration.

On poursuit le traitement.

Le 1^{er} août 1925 :

Vocabulaire peu augmenté, mais l'enfant paraît comprendre les paroles qu'on lui adresse. Agitations moins accusée. Il reste propre la nuit. Supporte bien l'opothérapie thyroïdienne.

Le 16 juin 1926 :

Très bon état général, légère tendance à l'obésité. L'amélioration au point de vue somatique paraît évidente; les caractères morphologiques mongoliens s'atténuent. Il persiste toujours, mais à un degré beaucoup moins marqué :

— L'hypotonie musculaire;

— L'évasement des dernières côtes sans incurvation des membres.

L'amélioration se poursuit dans le domaine du psychisme. L'enfant est plus calme, aussi bien à l'examen que d'après le récit de sa mère. Son vocabulaire est plus riche. L'enfant mange seul. Il est à remarquer qu'il poursuit son traitement d'une façon très régulière.

Le 28 mars 1928 :

Il a cinq ans. Poids : 17 kg. 480. Bon état général.

Le facies s'affine déjà, mais les yeux restent bridés, la lèvre inférieure éversée. Grosses amygdales, dents carrées. Constipation opiniâtre.

L'enfant parle plus facilement, mais souvent de façon explosive; il nécessite moins de surveillance.

L'enfant va à l'école. Son arriération mentale est marquée, puisque son état psychique correspond à celui d'un enfant de trois ans, mais l'enfant paraît éduicable.

Suit régulièrement le traitement par le Stovarsol, 0 gr. 25 par jour pendant trois semaines.

Vitamines.

Extrait thyroïdien, poudre grise, laxatifs.

Le 4 janvier 1929 :

Facies mongolien en voie d'effacement. Les yeux sont encore bridés, la lèvre inférieure éversée, mais la langue a perdu son caractère scrotal. Le tonus musculaire est normal.

La parole est rare, hésitante, à tendance explosive,

mais beaucoup plus facile qu'avant. L'enfant est calme, ne nécessite plus de surveillance. Les lettres de l'institutrice témoignent de l'évolution psychique et intellectuelle progressive.

Récapitulation de l'évolution psychique. — Jusqu'à l'âge de trois ans, malgré une thérapeutique intense, aucun progrès.

A cinq ans, fréquente une classe d'arriérés; d'après une note de son institutrice, il se comporte comme un enfant de trois ans.

En janvier 1929, un examen mental pratiqué à l'aide des tests de Binet-Simon, nous indique un niveau de trois ans et sept mois, alors que l'âge réel est de six ans. Un an après, un nouvel examen démontre un progrès considérable, puisque l'enfant atteint l'âge mental de quatre ans neuf mois. Une lettre de son école le présente comme étant « très débrouillard avec ses camarades ».

Son développement mental est d'une régularité parfaite depuis deux ans.

Le 20 novembre 1930 :

L'amélioration morphologique se poursuit, en même temps que le niveau intellectuel s'élève. L'enfant est calme.

La hernie ombilicale n'est plus perceptible; les testicules sont toujours en ectopie, le testicule gauche est à peine perceptible loin dans le canal inguinal.

On poursuit le traitement par l'extrait thyroïdien; un élément nouveau va s'ajouter à son traitement : l'extrait thymique alternant avec l'extrait thyroïdien.

Depuis ce moment, l'amélioration se poursuit à une allure plus rapide.

Le 2 juin 1932 :

L'enfant pèse 25 kgs. Il a grandi, atteignant à peu près la taille d'un enfant de son âge. Le facies, très affiné depuis quelques années, ne rappelle plus le mongolien que par ses yeux écartés, sa lèvre inférieure éversée. La parole est plus claire, mais a une petite tendance explosive. Les testicules sont en ectopie : on perçoit le droit à l'orifice externe du canal inguinal ; le gauche peut être abaissé.

On continue le traitement.

Le 8 avril 1933 :

Poids : 27 kg. 700. Taille normale. Atténuation des caractères mongoliens ; la lèvre inférieure est un peu éversée, les yeux sont légèrement bridés. Les testicules sont à l'orifice externe du canal inguinal.

Il commence à apprendre et réciter des poésies. Les lettres de l'institutrice témoignent d'un succès remarquable.

Traitement : extrait thyroïdien, extrait thymique, adrénaline, vitamine, calcium, phosphore.

Le 7 juillet 1934 :

Le développement physique est remarquable :

Le 25 juin 1933 : poids : 28 kg. 500 ; taille : 1 m. 27.

Le 7 juillet 1934 : poids : 32 kgs; taille : 1 m. 31.

Facies affiné. L'enfant est calme, parle sans gêne. Les testicules sont descendus dans les bourses. Un certain degré d'obésité prépubertaire.

Le 8 mai 1935 :

Le développement général est normal. Le facies mongolien s'atténue de plus en plus. Toutefois, il persiste une légère hypotrophie staturale et pondérale. L'évolution pubertaire est un peu retardée.

Un examen mental pratiqué à l'aide des tests de Binet-Simon témoigne d'un âge mental de 5 ans 4 mois, l'âge réel étant 12 ans 3 mois.

L'enfant continue régulièrement le traitement.

Le 8 mai 1936 :

A cette date, il est revu pour la dernière fois. Agé de 13 ans, il pèse 37 kg. 850 pour une taille de 1 m. 42.

Il est actuellement un peu fatigué à la suite d'une affection intercurrente (rougeole). Malgré cela les progrès n'ont fait que s'accroître ces temps derniers. Il serait actuellement assez difficile de faire le diagnostic de mongolisme en se basant sur un simple examen somatique. En effet, le facies mongolien absolument typique noté chez cet enfant à la première consultation il y a douze ans se résume aujourd'hui en un léger évasement de la lèvre inférieure; les paupières restent encore légèrement bridées.

Du point de vue intellectuel, de gros progrès ont été réalisés. Testé pour la dernière fois à l'âge de 12 ans 3 mois, il a donné un âge mental de 5 ans 4 mois. Actuellement, pour un âge de 13 ans 3 mois, il a un âge mental de 7 ans. Il dessine assez mal un losange (épreuve de 6 ans), mais réussit par contre plusieurs épreuves de 8-9 ans. (Lacune des figures, date du jour, énumération des mois.)

Son instituteur nous écrit qu'il espère dans l'avenir obtenir encore des progrès notables.

Raymond L...

Est un premier enfant né à terme, de parents bien portants.

Père âgé de 40 ans.

Mère de 30 ans.

BW et Hecht négatifs chez les parents.

Première dent à 10 mois et demi. Commence à marcher à 20 mois.

Amené à la consultation pour la première fois le 20 octobre 1928, à l'âge de 3 ans et demi. L'enfant présente tous les signes du mongolisme. En effet, il a un faciès mongolien typique, avec les yeux bridés, épicanthus, la déformation du nez en selle, les oreilles rabattues, la langue est augmentée de volume, la lèvre inférieure est épaisse et éversée.

Il marche depuis très peu de temps.

Il serait déjà, au dire de la mère, en voie d'amélioration, car il commence à dire quelques mots et est devenu propre depuis quelques semaines. Il commence à obéir et à se rendre parfaitement compte du danger; enfin, il est affectueux, de caractère doux et tranquille. Mais son développement est manifestement insuffisant et il est notablement plus petit que la moyenne des enfants de son âge; on note un retard de croissance de 3 cms.

On prescrit un traitement de longue durée à base de Gardénal, de frictions mercurielles et d'opothérapie thymique par voie parentérale.

Le 9 mars 1929, on constate que l'enfant va bien et on continue le même traitement.

Le 12 octobre 1929 l'enfant paraît très amélioré; il parle mieux et marche correctement; en outre, il a partiellement rattrapé son retard de croissance et n'a plus que 1 cm de moins que la moyenne de son âge.

Cette amélioration se poursuit encore l'année suivante, toujours sous l'influence de la même thérapeutique.

Le 20 décembre 1930, on constate pour la première fois une amélioration intellectuelle notable : l'enfant demande à aller à l'école, griffonne sur un papier, mais il est toujours instable, distrait et inattentif.

Il semble que le facies commence à perdre ses caractères typiques; les yeux paraissent moins bridés.

Le 10 juillet 1931, l'amélioration paraît encore plus nette, l'enfant parle plus correctement, la parole est moins explosive, il est sociable, s'entend très bien avec ses camarades. Il serait, aux dires des parents, au même niveau intellectuel que les enfants de son âge. Il est toujours très affectueux.

Mais, surtout, son développement somatique est

poursuivi d'une façon très satisfaisante; il a grandi très régulièrement sans avoir pu combler cependant le retard qu'il conservait toujours. Il pèse à 6 ans 19 kg. 800.

L'enfant suit un traitement à base de sirop arséno-mercuriel, corps thyroïde, vitamines, glycérophosphate.

Il présente toujours un aspect mongolien, mais le visage s'est beaucoup modifié les mois derniers.

Malheureusement, l'examen de développement intellectuel par les tests Binet-Simon est impossible à pratiquer l'enfant refusant de répondre.

L'enfant ne revient à la consultation qu'après 3 ans et demi à l'âge de 10 ans. Pendant ce temps son traitement a été négligé.

Il a cependant grandi, surtout depuis un an; son développement génital est normal; il pèse 32 kgs. Il est très maladroit, têtu, quoique docile. Mais il est gai et très affectueux.

L'enfant est mis au traitement composé d'extrait thyroïdien, thymus, vitamines, calcium, sirop iodotannique. Il continue ce même traitement jusqu'au mois d'octobre 1935.

Réexaminé à cette date, on constate que le facies mongolien persiste, serait cependant moins typique, plutôt un facies d'arriération. L'épicanthus est moins marqué, mais la lèvre inférieure reste saillante.

L'enfant est en période prépubertaire. Quelques poils pubiens, les testicules sont bien développés et bien descendus. Le pénis est également bien développé.

Au test Binet-Simon à l'âge de 10 ans et demi l'enfant donne un âge mental de près de 4 ans. L'enfant est mis à un traitement ou on alterne l'extrait thyroïdien, le thymus et l'antéhypophyse, le calcium et les vitamines d'une part; le sirop arséno-mercuriel, de l'iode et des glycérophosphates d'autre part.

Revu dernièrement le 2 mai 1936. L'enfant continue de faire de nets progrès somatiques. A l'âge de 11 ans, il pèse 29 kgs pour une taille de 134 cms. Un nouveau test Binet-Simon ne constate aucun progrès intellectuel.

L'institutrice qui s'occupe de lui constate que l'enfant est extrêmement instable. Donne presque satisfaction un jour, et à la leçon suivante paraît avoir tout oublié. L'attention est très fugace; la mémoire capricieuse et infidèle.

En résumé, c'est un enfant qui, suivant régulièrement le traitement entre l'âge de 3 ans et 6 ans et demi, a fait des progrès considérables, aussi bien du point de vue physique qu'intellectuel.

Malheureusement, son traitement a été négligé entre l'âge de 6 et 10 ans, période pendant laquelle les mongoliens bien traités et bien éduqués font en général des progrès considérables. Actuellement, l'enfant est dans

la période prépubertaire. Il continue à faire de nets progrès somatiques, mais paraît être fixé du point de vue intellectuel.

Paulette M...

Est amenée pour la première fois à la consultation de neuro-psychiâtrie des Enfants Assistés le 21 juillet 1935. A l'âge de 10 ans et 5 mois.

Nous apprenons, par l'interrogatoire des parents, que la petite malade est née à terme avec un poids de 3 kg. 500.

L'enfant a été au sein jusqu'à 17 mois et semblait profiter, malgré une période de vomissement à 3 mois.

A partir du sixième mois, l'enfant ne semblait pas aussi éveillée que les enfants de son âge. Depuis lors, l'évolution de son psychisme ne progressait pas avec son âge.

L'enfant essaye de faire quelques pas vers 15 mois, mais n'a commencé à marcher véritablement que vers l'âge de trois ans.

Broncho-pneumonie à 17 mois, rougeole à 9 ans et demi.

Dans les antécédents héréditaires de cette malade on ne trouve rien de particulier. Les parents sont vivants. Ils étaient âgés respectivement de 44 et 47 ans. Le père

est fatigué des suites de guerre, mais par ailleurs bien portant. La mère est bien portante. Les deux sœurs aînées sont bien portantes et se développent normalement.

A l'examen clinique on constate un aspect mongolien absolument caractéristique. Le faciès est typique avec les yeux bridés, épicanthus, grosse lèvre, nez en selle. La brachycéphalie est marquée.

Cependant aucun signe d'hypothyroïdie, la peau n'est pas sèche, les cheveux sont fins et cassants.

L'examen clinique complet ne révèle aucune anomalie associée.

L'état mental de cet enfant (âgé de 10 ans et demi) correspond à celui d'un enfant de 2 ans et 9 mois. Au cours de l'examen mental, elle ne prononçait pas de phrase, disait des séries de mots sans suites, automatiquement présentait de l'écholalie. Sa parole est brusque et saccadée. L'enfant est aimante et caressante.

Depuis l'âge de 7 ans et demi, cette enfant a reçu irrégulièrement de l'hypophyse et de l'extrait thyroïdien, mais aucune amélioration n'a été constatée.

Après la première consultation aux Enfants Assistés on institue chez elle un traitement composé de :

Extrait thyroïdien;

Extrait thymique;

Sirop iodotannique phosphaté;

Acide phosphorique en potion.

L'enfant suit régulièrement ce traitement pendant un an et revient à la consultation le 5 mai 1936.

L'enfant serait plus éveillée, plus active, gaie, fait quelques travaux de ménage, sait balayer par exemple, mais est encore incapable de faire la vaisselle. Joue avec des enfants, mais se laisse commander par un enfant de 5 ans.

Le facies mongolien persiste sans changement.

En résumé, enfant mise au traitement très tardivement à l'âge de 10 ans et demi, ne suit le traitement que depuis un an, semble cependant être améliorée dans une certaine mesure.

CONCLUSIONS

I. — La thérapeutique du mongolisme — affection germinale dont la cause varie selon les cas — est particulièrement difficile et ses résultats forcément limités.

II. — Cependant, il existe un certain nombre de symptômes sur lesquels le traitement peut agir. Tels sont le retard du développement physique, l'hypernervosité et les manifestations endocriniennes qui pourront être améliorées par l'opothérapie, la médication calmante, les préparations iodées, calciques et phosphoriques, et l'emploi des vitamines. De même on fera systématiquement un traitement antisyphilitique qui paraît avoir une action favorable, même quand on ne peut lui attribuer aucune action spécifique.

III. — Mais à côté du traitement purement médical, un véritable traitement pédagogique est indispensable. Commencé par les parents, il sera poursuivi si possible dans les maisons d'éducation spéciale.

IV. — Les résultats de tels traitements sont dans l'ensemble satisfaisants, tant au point de vue du développement physique qu'au point de vue intellectuel. Si de tels malades sont dans l'avenir incapables de mener une vie sociale et de subvenir seuls à leurs besoins, il n'en reste pas moins que l'on peut espérer qu'ils finis-

sent par s'adapter parfaitement au milieu dans lequel ils peuvent vivre.

Cette amélioration, obtenue dans une affection qui, livrée à elle-même, apparaît totalement incurable, justifie donc pleinement un traitement précoce, régulier et prolongé.

**CONTRIBUTION A L'ETUDE DU TRAITEMENT
DU MONGOLISME**

**Thèse présentée par
SCHONGUT Ladislav,**

né le 4 février 1912, à Sighet (Roumanie).

Vu et permis d'imprimer :

Vu le Président : M. P. LEREBoullet, Professeur.

Vu le Recteur : CHARLETY.

Vu le Doyen : G. ROUSSY.

BIBLIOGRAPHIE

- Mlle Achard.* — Essais d'orientation vers une interprétation qualitative des tests de Binet et Simon. (Evolution Psychiatrique, 1932.)
- Apert.* — Les syndromes phoriglandulaires vraies et les prétendus syndromes pluriglandulaires. (Monde Médical, 1924, II.)
- Babonneir.* — Le mongolisme. (Vie Médicale, Paris, 1935, VI-15.) — Mongolisme et hérédo-syphilis. (Arch. Méd. Fr., T. XXX-I.) — Précis de thérapeutique infantile.
- Barnes.* — Zeitschrift für Kinderheilkunde. Bd XV.
- Berkeley.* — Treatment of mong. inf. by mixed glands. (Med. World Philadelphie, 1920.)
- Bentin.* — L'autonomie du mongolisme. (Thèse de Toulouse, 1934-35.)
- Bourneville.* — Du traitement thyroïdien des enfants mongoliens. (Congrès des Aliénistes, 1903.)
- Bourneville et Katz.* — Comparaison entre les enfants normaux et anormaux au point de vue de la persistance ou de l'absence du thymus. (Progrès Médical, 1900.)
- Comby.* — L'avenir des mongoliens. (Arch. Méd. Enf., 1928.) Communication sur le mongolisme. (Arch. Méd. Enf., 5-I, 1917, 1926 et 1929.)
- Hamburger.* — Kinderheilkunde, 1932. Wien.
- Kubenkampf.* — Psyche der Mongoliden. (Jahrbuch f. Kinderhr, T. 144, 1935.)
- Larguzet.* — Contribution à l'étude du mongolisme et son étiologie. (Th. de Paris, 1932.)
- Lemaire.* — Mongolisme et hérédosyphilis. (Bull. Soc. Péd., T. 22, 1927.)
- Lereboullet.* — Le mongolisme. (Paris-Médical, 28-II-1931.) — Le traitement du mongolisme. (Concours Médical, 3-XII-1933.) — L'opothérapie thymique. (Paris-Médical, 11-XI-1930.)

- Marfan.* — Cliniques des maladies de la première enfance. (1928, 2^e série.) — Imbécillité mongolienne. (Presse Médicale, 1926.)
- Nobécourt.* — Troubles de la nutrition et de la croissance. (1936.)
- Odinet.* — Recherches anatomiques et physiologiques sur le thymus. (Th. de Paris, 1934.)
- Parsons L. et Barling.* — Diseases infancy and Childhood. (1932, p. 1345.)
- Pelin.* — Formes atténuées du mongolisme. (J. Méd. de Lyon, 1923.)
- P. Gaunder in Feer Kunderheilkunde Jeux* 1926.
- Segreskaa.* — Contribution à l'étude de la dystrophie mongolienne. (Thèse Paris, 1933.)
- Sendrail.* — Sur l'autonomie de la maladie mongolienne. (Pratique Méd. Fr., 1935, XI.)
- Spühler.* — L'avenir des mongoliens. (Thèse Zurich, 1927.)
- Stewart.* — The problem of the mongol. (Roy. Soc. of Med., mars 1928.)
- Dimme.* — Pituitary changes in mongolien Idiocy. (Arch. of Med. and Psych., Chicago, 1921.)
- Turpin.* — Le mongolisme. La semaine des Hôpitaux (31-XII-1931.)
- Vas.* — Beitrage zur Pathogenie und therapsie der Idiotie Mongolien. (Yahrbuch fur Kinderhr, XII-1926.)
- Wieser von.* — Uber Strahbentherapie bei Kinder. (Medicumsche Wochenschrift, nov. 6, 1936.)
- Wechsler.* — Le mongolisme. (Thèse Paris, 1934.)

